

# 健康保険限度額適用認定申請書

特種東海健康保険組合 御中

|                                       |      |       |               |                       |       |  |
|---------------------------------------|------|-------|---------------|-----------------------|-------|--|
| 被保険者証の記号番号                            |      | 記号    | 番号            |                       |       |  |
|                                       |      |       |               |                       |       |  |
| 被保険者                                  | 氏 名  | ⑩     |               | 所<br>属<br>事<br>業<br>所 | 名 称   |  |
|                                       | 生年月日 | 年 月 日 |               |                       | 所在地   |  |
| 認定証交付対象者<br>(被保険者の場合は記入<br>の必要はありません) | 氏 名  |       |               | 被保険者との続柄              |       |  |
|                                       | 生年月日 | 年 月 日 |               | 性 別                   | 男 ・ 女 |  |
| 認定証交付対象者の住所                           |      |       | 〒 ー           |                       |       |  |
| 交付必要期間<br>(入院予定期間などをご記入ください)          |      |       | 年 月 日 ～ 年 月 日 |                       |       |  |

|   |            |                                      |   |          |  |
|---|------------|--------------------------------------|---|----------|--|
| ※ | 申請代行者      | 氏 名                                  | 印 | 被保険者との続柄 |  |
|   | 申請代行者のご連絡先 |                                      |   |          |  |
|   | 申請代行の理由    | 1. 被保険者本人が入院中で外出できないため。<br>2. その他( ) |   |          |  |

※被保険者、認定証交付対象者以外の方が申請する場合にご記入ください。

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

■マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、  
高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。  
限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。

(健康保険組合 記入欄)

|         |  |  |       |
|---------|--|--|-------|
| 決 議     |  |  |       |
| 常 務 理 事 |  |  | 担 当 者 |
|         |  |  |       |

|           |           |
|-----------|-----------|
| 処 理 結 果   |           |
| 発 効 年 月 日 | 令和 年 月 日  |
| 有 効 期 限   | 令和 年 月 日  |
| 適 用 区 分   | ア・イ・ウ・エ・オ |

